***WZÓR***

**ARKUSZ WIELOSPECJALISTYCZNEJ OCENY FUNKCJONOWANIA UCZNIA.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ucznia:** |  | | **Data urodzenia:** | |  |
| **Dane szkoły:** |  | | **Klasa** | |  |
| Data podsumowania wielospecjalistycznej oceny funkcjonowania ucznia |  | | | | |
| **DIAGNOZY CZĄSTKOWE** | | | | | |
| **Źródło informacji** | **Analiza funkcjonowania** | | | | |
| **Analiza orzeczenia** | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego nr ……………….. z dnia …………… roku.  Diagnoza medyczna: **…………….** | | | | |
| **Informacje od rodziców ucznia** |  | | | | |
| **Obserwacje wychowawcy i nauczycieli** |  | | | | |
| **Informacje medyczne** |  | | | | |
| **Kurator sądowy** |  | | | | |
| **Psycholog** |  | | | | |
| **Pedagog** |  | | | | |
| **Logopeda** |  | | | | |
| **Doradca zawodowy** |  | | | | |
| **Inni specjaliści** |  | | | | |
| **Analiza prac ucznia** |  | | | | |
| **Inne źródła** |  | | | | |
| **PODSUMOWANIE FUNKCJONOWANIA UCZNIA -**  **na podstawie diagnoz cząstkowych.** | | | | | |
| **Obszar funkcjonowania.** | **Opis funkcjonowania dziecka w danym obszarze.** | | | | **Potrzeby wynikające z diagnozy dziecka w danym obszarze.** |
| **Mocne strony** | **Słabe strony** | | |
| **Ogólna sprawność fizyczna (motoryka duża)** |  |  | | |  |
| **Sprawność rąk dziecka (motoryka mała)** |  |  | | |  |
| **Zmysły (wzrok, słuch, czucie, równowaga) i integracja sensoryczna** |  |  | | |  |
| **Komunikowanie się oraz artykulacja** |  |  | | |  |
| **Sfera poznawcza** (opanowanie technik szkolnych, zakres opanowanych treści programowych, osiągnięcia i trudności, pamięć, uwaga, myślenie) |  |  | | |  |
| **Sfera emocjonalno-motywacyjna**  (radzenie sobie z emocjami, motywacja do nauki i pokonywania trudności itp.) | . |  | | |  |
| **Sfera społeczna** (kompetencje społeczne, relacje z dorosłymi, relacje z rówieśnikami itp.) **Samodzielność i możliwości w zakresie samo decydowania.** |  |  | | |  |
| **Samodzielność i możliwości w zakresie samodecydowania.** |  |  | | |  |
| **Szczególne uzdolnienia.** |  | | | | |
| **Stan zdrowia dziecka (w tym przyjmowane leki)** |  | | | | |
| **Inne obszary ważne z punktu widzenia funkcjonowania ucznia.** |  | | |  | |

Podpisy uczestników zespołu: